souvent au décollement du placenta. Pendant le travail, les douleurs, jusqu'alors fortes et énergiques, cessent tout à coup.

Les signes fournis par le toucher sont les plus concluants. Pendant la grossesse, le doigt peut constater que la matrice a changé de position, mais surtout a perdu le volume qu'elle devrait avoir à l'époque à laquelle la femme croit être arrivée. Il pourra quelquefois sentir une des parties du fœtus situé en dehors de l'utérus, et déprimant la partie supérieure du vagin. Pendant le travail, on remarque que la poche des eaux s'est tout à coup affaissée, qu'elle ne bombe plus à travers l'ouverture du col, sans que cependant il se soit écoulé aucun liquide par le vagin. La partie de l'enfant qui se présentait, et qui, quelques instants auparavant, était facilement accessible au doigt, a tout à coup remonté, et même disparu complétement; le col de l'utérus est revenu sur lui-même, et est beaucoup moins dilaté qu'auparavant. Si la main cherche à pénétrer dans la cavité utérine, elle trouve quelquefois cette cavité complétement effacée par le retrait de ses parois; d'autres fois elle y rencontre des intestins, ou seulement quelques parties du fœtus : elle découvre assez facilement alors le siége et l'étendue de la crevasse, et sent qu'elle pourrait pénétrer jusque dans la cavité abdominale.

Lorsque tous ces phénomènes se rencontrent, ils suffisent bien certainement pour reconnaître l'accident; mais il n'est pas toujours possible de les constater. Si le fœtus n'est pas déplacé, et reste après la rupture dans la cavité utérine, on conçoit que tous les signes fournis par le toucher vaginal et le palper abdominal manquent complétement. Le diagnostic est alors très-difficile, et l'autopsie vient seule, le plus souvent, éclairer sur la cause de la mort.

L'expérience, ou si l'on veut l'habitude, peut faire soupçonner une déchirure dans un grand nombre de cas. Supposons un accoucheur appelé près d'une femme chez laquelle on a tenté de faire la version ou d'appliquer, soit le forceps, soit le céphalotribe, il s'assurera avant tout qu'une déchirure n'a pas été produite dans ces tentatives. Il devra donc se renseigner sur le nombre et la nature des manœuvres employées avant son arrivée et procéder lui-même à l'examen de la malade. Quand une rupture a eu lieu, la femme est presque toujours dans une grande prostration, pâle, le visage altéré. La respiration est fréquente, le pouls est très-accéléré, petit. En palpant le ventre on détermine une très-vive douleur sur l'un des côtés de l'utérus, celui qui correspond à la déchirure. En touchant la malade on fait écouler un peu de sang dont l'aspect a pour nous une certaine importance; il nous a semblé, en effet, que dans ces cas il était brunâtre, comme sirupeux. Quand une rupture se produit, la partie fœtale qui se présentait remonte souvent et devient mobile; l'élévation et la mobilité de la présentation doivent donc être prises en grande considération, surtout quand elles se produisent à une période avancée du travail. C'est ainsi qu'une version rendue très-laborieuse par la rétraction de l'utérus devient tout à coup très-facile après une rupture. Pendant le toucher, en portant le doigt très-haut, on trouve quelquefois la plaie utérine au travers de laquelle on sent les intestins; alors le doute est levé, mais souvent il est impossible d'avancer jusqu'au siége de la rupture et l'accoucheur doit se laisser guider par les signes indiqués plus haut pour établir son diagnostic qu'il vérifiera après l'accouchement en introduisant la main dans l'utérus.

§ III. — Pronostic et terminaison.

Le pronostic des ruptures utérines est excessivement fâcheux. Presque toujours mortelles pour le fœtus, elles exposent aussi la femme à une mort presque certaine. Toutefois la gravité du pronostic varie suivant l'étendue de la lésion, suivant son siége, et suivant les phénomènes consécutifs auxquels elle donne lieu.

On a cité des cas dans lesquels le trouble profond produit dans l'organisme par la rupture et le passage du sang, des eaux, du fœtus dans l'abdomen, a causé la mort instantanée de la femme. Mais, le plus souvent, des phénomènes particuliers, symptômes des accidents consécutifs à la lésion première, précèdent la terminaison fatale. Celle-ci peut être le résultat de l'hémorrhagie, des inflammations et suppurations produites par le séjour longtemps prolongé d'un corps étranger dans la cavité péritonéale, ou des opérations nécessaires à son extraction.

A. *Hémorrhagie.* — La perte est le plus fréquent et en même temps le plus promptement mortel de tous ces accidents. Elle a évidemment sa source dans les vaisseaux utérins déchirés, surtout quand la rupture s'est opérée dans le point où était inséré le placenta; mais lorsque ce point d'insertion a été respecté, elle provient en grande partie des vaisseaux utéro-placentaires que le décollement du placenta a déchirés. Les bords de la rupture, quand celle-ci occupe un point éloigné du placenta, fournissent, en général, peu de sang. Ordinairement il ne s'en écoule qu'une faible quantité à l'extérieur : il s'en épanche, au contraire, une grande quantité dans le ventre; et ce liquide, mêlé à l'eau de l'amnios et au tronc du fœtus passés en grande partie dans le péritoine, distend outre mesure l'abdomen. Cet épanchement n'est pas moins grand lorsque les eaux se sont écoulées, et que l'enfant est situé dans la matrice de manière à ne pas pouvoir être expulsé. Les bords de la rupture ne pouvant alors être rapprochés par la contraction, les vaisseaux déchirés continuent à verser le sang à grands flots jusqu'à ce que les parois du bas-ventre opposent à l'épanchement une résistance toujours trop tardive pour empêcher la mort. Celle-ci peut ainsi survenir sans qu'aucun signe ait fait soupçonner la rupture. Il peut arriver enfin, même lorsque l'accouchement est terminé sur-le-champ, que la contraction ne soit pas assez énergique pour oblitérer complétement le calibre des vaisseaux, et que l'hémorrhagie continue assez longtemps pour tuer la femme.

C'est ordinairement dans le péritoine que s'opère l'épanchement. Mais lorsque cette tunique séreuse n'est pas comprise dans la solution de continuité, le sang filtre entre elle et l'utérus, gagne la duplicature des ligaments larges, et peut ainsi parvenir jusque dans le tissu cellulaire du bassin et des lombes. C'est dans ces cas surtout que l'on trouve une couche de sang noir interposée entre le péritoine et l'utérus, épanchement qui, se modelant exactement à la surface

externe de l'organe, en prend la forme, et peut ainsi en imposer par la couleu livide pour un état gangréneux de ce viscère (Duparcque).

Toutefois l'utérus peut se rompre sans que cet accident soit nécessairement suivi d'une hémorrhagie grave. Souvent la rupture a lieu dans un point peu pourvu de vaisseaux : au voisinage du col, par exemple. D'autre part, il peut arriver que l'œuf restant intact après la rupture, la crevasse se trouve plus ou moins exactement comblée, soit par une des portions des membranes, une portion du placenta, ou une partie du fœtus. Les bords de la crevasse peuvent être resserrés sur le tronc de l'enfant en partie chassé dans le ventre, et la compression salutaire qui en résulte s'opposer à la continuation de l'hémorrhagie. Enfin, lorsque l'œuf entier est rapidement chassé à travers la crevasse jusque dans la cavité du péritoine, l'utérus, se rétractant promptement, empêche la perte, ou du moins la rend très-peu abondante, en opposant par cette rétraction une digue assez puissante à l'écoulement du sang.

B. *Inflammation.* — Lorsque la femme ne succombe pas à la perte qui succède immédiatement à la rupture, tout se calme momentanément, mais bientôt la présence de corps étrangers dans le péritoine détermine une inflammation d'autant plus grave qu'ils sont plus volumineux. Lors même qu'on est parvenu à enlever par une voie quelconque le fœtus et le délivre, l'inflammation, bien que moins à craindre, peut encore résulter des opérations ou des efforts nécessaires à cette extraction, et se terminer promptement par la mort.

C. *Passage et étranglement d'un intestin à travers la rupture.* — On a vu une portion plus ou moins considérable de l'intestin faire hernie à travers la crevasse de l'utérus, et être étranglée par la rétraction de l'organe. Cet accident, qu'il serait impossible de soupçonner si le fœtus était encore renfermé dans la matrice, ou si celle-ci était complétement revenue sur elle-même, pourrait cependant l'être immédiatement après la délivrance. On conçoit, du reste, qu'un pareil accident méconnu se termine infailliblement par la mort, comme dans l'observation citée par Percy et reproduite par M. Deneux ; aussi toutes les fois qu'on soupçonne une rupture de l'utérus, faut-il, immédiatement après la délivrance, porter la main dans l'intérieur de l'organe, et, imitant la conduite de Rungius, repousser les intestins, tenir la main dans la cavité utérine jusqu'à ce que cet organe se soit assez rétracté, et la déchirure assez rétrécie pour empêcher la reproduction de la hernie.

D. *Guérison.* — Cependant quelques femmes ont échappé à tous ces dangers : quelques-unes ont même supporté la gastrotomie, et ont survécu aux accidents consécutifs ; chez d'autres, le fœtus et ses annexes, complétement passés dans la cavité péritonéale, ont donné lieu à des accidents inflammatoires qui se sont peu à peu calmés. Il s'est formé, par suite de cette inflammation, des adhérences protectrices : le fœtus et les annexes se sont trouvés enfermés par un kyste pseudo-membraneux qui les isolait d'une partie voisine : celles-ci se sont peu à peu habituées à ce nouveau voisinage, qui a persisté pendant un temps plus ou moins long, et quelquefois pendant toute la vie. Ce kyste, comme celui qui environne le reste des grossesses extra-utérines, peut devenir le siége d'un nouveau

travail inflammatoire ; ses parois contractent alors des adhérences avec les organes voisins, et l'on voit quelquefois après de longues années, des ulcérations, des perforations faire communiquer la cavité du kyste avec la cavité de l'intestin, de la vessie, et les dernières pièces du squelette être expulsées par l'urèthre, le rectum ou le vagin [1].

Lorsque, malgré la rupture, le fœtus est resté dans la cavité de l'utérus, et que les contractions ne l'expulsent pas immédiatement, par les voies naturelles, les mêmes phénomènes peuvent plus tard se manifester. Le tissu utérin, enflammé, ulcéré, contracte des adhérences avec les parois abdominales ou celles de quelque organe voisin, et les débris du fœtus sont expulsés à travers la paroi ulcérée et perforée, ou bien par les ouvertures naturelles des organes excréteurs (Duparcque).

§ IV. — Anatomie pathologique.

Tous les points de l'utérus peuvent devenir le siége des ruptures. Il est cependant quelques parties qui en sont le plus souvent affectées : telles sont les parties inférieures, le fond, les côtés du corps ou les parties supérieures ou sous-vaginales du col. Du reste, le siége de la rupture varie suivant la cause qui y a donné lieu, suivant aussi l'époque à laquelle elle survient. Pendant la grossesse, c'est toujours le corps de l'organe qui est rompu, et pendant le travail, au contraire, c'est vers le col ou la partie inférieure du corps, en général plus aminci et moins soutenu, qu'on rencontre ces solutions de continuité. Lorsque l'accident a été produit par une compression extérieure, les parois éclatent et se déchirent en général vers les parties latérales ; lorsqu'il a été la conséquence d'une contusion, le point meurtri est ordinairement celui qui plus tard se déchire. Si la rupture a été précédée d'une altération organique, c'est vers le point qui en était le siége qu'existe la déchirure. Mais il peut se faire, dit M. Dubois, que ce point de l'utérus anciennement malade, au lieu d'être plus faible, soit plus fort au contraire, et résiste plus que les parties saines qui se déchirent à côté (Taurin, thèse). Les parois postérieures, protégées par le plan postérieur de l'abdomen, semblent devoir être complétement à l'abri de pareils accidents. Il n'en est pas cependant toujours ainsi, et les auteurs ont cité des faits qui prouvent la possibilité de semblables ruptures. Suivant M. Roberton, lorsque la rupture est causée par l'étroitesse du bassin, elle peut occuper toutes les parties de

[1] Voyez pour les cas de guérison : Peu, *Pratique des accouchements*, 341 ; Hamilton, *Outliness of midwifery ;* James Hamilton, *Select cases in midwifery*, 136 ; Jos. Clarke, *Trans. of association*, vol. I ; Douglas, *Essays on rupture of uterus*, p. 7 ; Labatt, *Dublin med. essays*, 343 ; Frizell, *Trans. of association*, vol. II, p. 15 ; Roos, *Anals of med.*, vol. III, p. 877 ; Kite, *Mem. of med. Society*, vol. IV, p. 253 ; Powel, *Med. chir. Transact.*, vol. XII, p. 357 ; Birch. *ibid.*, vol. XIII, p. 357 ; Smith, *ibid.*, p. 373 ; Mac-Intyre et Brook, *Med. Gazette*, vol. VII et janvier 1829 ; Hendrie, *Amer. Journ. med. science*, vol. VI, p. 351 ; Davis, *Obs. med.*, vol. II, p. 1070.

MM. Keevar et Collins en ont chacun rapporté deux cas ; M. Duparcque en a cité quatre appartenant aux auteurs français. Oslander dit qu'il a observé plusieurs faits semblables ; enfin, M. Velpeau en a cité quelques autres.

l'utérus, mais plus souvent peut-être la partie postérieure et inférieure; ce qui s'explique, dit-il, par la pression que la saillie sacro-lombaire exerce sur cette région. Quelquefois aussi elle survient dans la région inférieure et antérieure : elle est due alors aux projections osseuses situées à la face interne de la symphyse pubienne. Quant à la paroi antérieure et supérieure, c'est elle qui est le plus souvent atteinte par les corps vulnérants, et c'est sur elle que, presque exclusivement, on observe les plaies.

Rien n'est plus variable que l'étendue, la forme et la direction des ruptures utérines. Quelquefois ce n'est qu'un petit trou capable d'admettre le doigt, d'autres fois une large déchirure qui s'étend dans les deux tiers du fond ou du pourtour du col, ou qui occupe la presque totalité de l'organe. Elle peut offrir une direction longitudinale, transversale ou oblique, affecter une forme circulaire, comme cela arrive souvent au col, ou bien être en ligne droite ou en zigzag. Si l'on examine les bords de la division, on voit qu'ils présentent rarement une coupe nette et bien régulière : le plus souvent on les trouve inégaux, comme hachés, contus, ecchymosés, dans une profondeur plus ou moins grande. Si la rupture a été la conséquence d'une altération organique, on retrouve dans le point qui en est le siége les traces anatomiques des maladies antécédentes. Si la malade n'a succombé que plusieurs jours après l'accident, on constate à l'autopsie la présence des matières épanchées dans le péritoine, les marques non équivoques d'une inflammation violente de cette séreuse, et les bords de la crevasse utérine sont quelquefois alors rouges, livides, enflammés, quelquefois même gangrenés.

Les déchirures de la matrice n'entament pas toujours toute l'épaisseur de l'organe. Les tuniques qui entrent dans la composition de la paroi utérine ne jouissent pas de la même élasticité, de sorte que l'on conçoit facilement qu'elles puissent se rompre isolément. Fort souvent, par exemple, dit madame Lachapelle, une fissure de l'orifice, propagée jusqu'au col et même jusqu'au corps de l'organe, a divisé toute la couche musculaire en laissant intacte la membrane séreuse. C'est surtout sur les côtés qu'elle a observé de pareilles fissures, et c'était alors la duplicature du ligament large qui recouvrait la plaie et l'empêchait de pénétrer dans l'abdomen. M. Duparcque cite un cas absolument semblable, et le docteur Collins rapporte neuf cas dans lesquels le péritoine ne fut pas intéressé, bien que la couche musculaire du col fût déchirée dans une grande étendue. J'ai eu moi-même l'occasion d'observer un cas identique dans le service de M. le professeur Velpeau, et j'ai pu constater la vérité de la remarque faite par M. Cruveilhier : c'est que la laxité de l'adhérence du péritoine au niveau du col et des bords de l'utérus explique pourquoi, dans ces cas de déchirure considérable du col utérin, le péritoine participe rarement à la déchirure, et pourquoi l'épanchement de sang se fait alors entre le tissu de l'utérus et la séreuse péritonéale. Dans quelques cas il a pu s'accumuler une très-grande quantité de sang, et le fœtus lui-même, chassé de la cavité utérine, a été retrouvé tout entier dans l'espèce de sac formé par la séreuse décollée.

Dans quelques circonstances beaucoup plus rares, la paroi musculaire résiste, et la séreure péritonéale cède seule. La maladie est alors fort difficile à reconnaître pendant la vie, car les phénomènes qui précédent la mort sont ceux de l'hémorrhagie ou d'une péritonite violente; mais à l'autopsie on trouve ordinairement une grande quantité de sang, et, en cherchant d'où il a pu provenir, on trouve sur la séreuse utérine une ou plusieurs fissures d'une étendue variable. Au cas cité par Ramshotham, on peut maintenant en ajouter plusieurs autres récemment publiés ; un des plus curieux est celui rapporté par Henri Partridge (*Arch. de méd.*, t. XIX), dans lequel on trouva à l'autopsie sur la surface postérieure de l'utérus un grand nombre de déchirures dirigées transversalement, plus ou moins recourbées, variables pour la profondeur, et offrant depuis 1 jusqu'à 5 centimètres en longueur. Un lambeau de péritoine, complétement détaché, pendait au dedans de l'abdomen, et laissait voir à nu le tissu charnu dont il avait été arraché.

§ V. — Traitement.

Les moyens proposés contre les ruptures de l'utérus sont prophylactiques et curatifs. Les premiers ont pour but d'éloigner l'influence des causes que nous avons considérées comme prédisposantes, et nous renvoyons pour celles dont il est possible de prévoir l'existence, tels que les obstacles divers à l'accouchement, aux différents chapitres de la dystocie. Quant aux autres causes, comme il est le plus souvent impossible de les soupçonner, nous n'en dirons rien.

La rupture utérine n'est grave que par les conséquences fâcheuses dont elle est suivie; aussi n'est-ce pas contre elle, mais bien plutôt contre les accidents consécutifs, que les moyens de traitement doivent être dirigés. Le meilleur moyen de les prévenir est de faciliter la rétraction de l'utérus, d'extraire immédiatement le fœtus et ses annexes; car nous avons vu que c'était surtout l'hémorrhagie et les accidents inflamatoires consécutifs au déplacement du fœtus et à son séjour dans le ventre que nous devions particulièrement redouter.

Pour préciser les indications qui se présentent alors, nous supposerons la rupture survenant pendant le travail, pendant les derniers mois de la grossesse, et pendant la première période de la gestation.

1° *Pendant le travail.* — Ou bien l'enfant est resté en place, ou bien il a été poussé hors de la cavité utérine.

A. *Si l'enfant est resté en place*, son extraction par la version pelvienne ou l'application du forceps est évidement la seule opération proposable. Quaud on applique le forceps, il est très-important, suivant la remarque de M. Dubois, de fixer le fœtus avec la main d'un aide, appliquée sur les parois abdominales, pour l'empêcher de remonter dans la cavité du péritoine à travers la crevasse. On doit aussi porter une attention toute spéciale à l'introduction des cuillers, quand la déchirure du col est transversale, afin d'éviter de les pousser dans le ventre à travers la crevasse. Dans le cas où un obstacle appartenant au bassin ou aux parties molles s'opposerait à l'extraction du fœtus par les voies naturelles, il faudrait évidemment pratiquer la gastrotomie s'il était vivant et bien viable ;

la crâniotomie, s'il était mort, ou s'il avait dû souffrir beaucoup de la lenteur du travail.

B. *L'enfant est passé en partie dans la cavité abdominale.* — Toutes les fois qu'une partie de l'enfant est renfermée dans l'utérus, l'autre étant engagée dans l'abdomen à travers la crevasse, on doit encore chercher à l'extraire par les voies naturelles, en agissant sur la partie qui est restée dans l'utérus, ou qui est déjà engagée dans le col ou dans le vagin. Si la partie qui se présente était très-éloignée et que la main ou les instruments n'eussent pas sur elle une prise suffisante, il faudrait aller, à travers la crevasse, chercher les pieds de l'enfant que l'on ramènerait dans le vagin. Le passage des eaux et d'une partie du fœtus peut avoir déterminé la rétraction de la matrice, et les bords de la rupture, participant à cette rétraction, peuvent se trouver resserrés sur le tronc de l'enfant et rendre le passage de la main impossible; on pourrait alors, suivant le conseil de quelques accoucheurs, se servir de l'instrument tranchant et agrandir la plaie de l'utérus pour se frayer un passage: mieux vaudrait cela que de pratiquer l'opération césarienne.

C. *L'enfant est tombé complétement dans la cavité abdominale.* — Si l'organe n'est pas revenu sur lui-même, si le col est suffisamment dilaté ou dilatable, si la rupture utérine est assez large encore pour laisser passer la main et le fœtus, conditions qui ne se rencontrent guère que quand la rupture s'est faite au col de l'utérus, on doit, comme dans le cas précédent, aller chercher les pieds jusque dans la cavité du ventre, les ramener par la crevasse, le col, le vagin, et extraire le fœtus par les voies naturelles. Après cette extraction, la main serait introduite de nouveau dans la cavité utérine, pour extraire le délivre, déterminer la rétraction de l'organe, et prévenir l'étranglement d'une anse intestinale, s'il en restait une portion engagée dans la crevasse.

Si par hasard le placenta était tombé dans la cavité péritonéale, il faudrait s'empresser de l'en extraire en introduisant de nouveau la main par la crevasse. Il faudrait aussi en même temps chercher à extraire les caillots sanguins formés dans le ventre.

Dans les cas où une pareille manœuvre est impossible, on n'a de ressource que dans l'opération césarienne, à moins que, effrayé par les conséquences fâcheuses de cette opération, on n'aime mieux abandonner le fœtus dans la cavité péritonéale, et laisser courir à la femme tous les dangers auxquels l'expose une pareille détermination. La mort de l'enfant bien constatée, l'arrêt de l'hémorrhagie pourrait *peut-être* légitimer cette dernière façon d'agir, surtout si l'on n'arrivait auprès de la femme que quelques heures après l'accident: elle ne serait jamais excusable si le fœtus était vivant, et si l'on n'avait pas la conviction que l'utérus, complétement rétracté, ait oblitéré les vaisseaux qui fournissaient le sang; la gastrotomie devra être pratiquée sur-le-champ.

2° *Pendant les derniers mois de la grossesse.* — L'extraction de l'œuf est encore ici ce qu'il y a de plus sage à faire. Elle est même impérieusement indiquée quand l'enfant est vivant et que la grossesse a dépassé le septième mois. La gastrotomie, la dilatation forcée du col, les débridements pratiqués sur le col, sont alors les moyens proposés. L'opération césarienne sera pratiquée lorsque le fœtus aura été déplacé (voy. *Opérations césariennes*). S'il est resté dans la cavité utérine, on cherchera à dilater artificiellement le col, ce qui sera souvent possible lorsque la femme sera près du terme, lorsque surtout elle aura déjà eu plusieurs enfants. On pourait encore rendre plus facile l'introduction de la main, par des incisions pratiquées sur le pourtour du col. Mais ces tentatives doivent être faites avec la plus grande prudence, et pour peu qu'elles offrent de difficultés et qu'elles nécessitent un temps très-long, il faut y renoncer et se frayer un passage à travers la paroi abdominale.

3° *Pendant les premiers mois de la grossesse.* — La plupart de nos maîtres donnent le conseil d'abandonner, dans ce cas, la malade aux ressources de la nature, de s'abstenir de toute opération, et de se borner à combattre les accidents consécutifs. Or, dit M. Duparcque, trois nouvelles indications se présentent: 1° prévenir ou arrêter les troubles de l'innervation, en relevant le moral de la femme instinctivement frappée de craintes et d'inquiétudes, en administrant les antispasmodiques diffusibles par la bouche, la peau et les voies respiratoires; 2° combattre ou prévenir l'hémorrhagie par la compression abdominale, la compression de l'aorte, les réfrigérants, etc.; 3° prévenir et combattre l'inflammation qui succède ordinairement aux déplacements de l'œuf par l'emploi des antiphlogistiques locaux et généraux.

ARTICLE II

DES RUPTURES DU VAGIN

Les parois du vagin peuvent se déchirer pendant l'accouchement. Mais, à cause des différences qu'elles présentent suivant le point du canal que ces ruptures occupent, on a l'habitude d'étudier séparément les déchirures de l'extrémité supérieure de la partie moyenne et de l'extrémité inférieure.

Les deux dernières sont assez peu graves en général, ou du moins les dangers et les indications qu'elles présentent sont plutôt du ressort du chirurgien que de l'accoucheur. A l'exception, en effet, du thrombus de la vulve, qui peut, comme nous l'avons vu, nécessiter pendant le travail l'intervention de l'art, toutes les autres déchirures ne sont fâcheuses pour la femme qu'autant qu'elles l'exposent à des fistules vésico- ou recto-vaginales, dont nous ne devons pas traiter ici d'une manière spéciale. Au contraire, les déchirures qui occupent l'extrémité supérieure du canal vulvo-utérin méritent de fixer un instant notre attention, car elles peuvent, comme les ruptures de la partie inférieure de l'utérus, devenir causes de la dystocie.

Les déchirures de la partie supérieure du vagin peuvent être le résultat de tractions ou de pressions directes. Les tractions exercées sur la partie supérieure du vagin peuvent être dues à la contraction utérine, au refoulement artificiel de la matrice ou de la partie de l'enfant qui se présente; enfin, à tout acte des